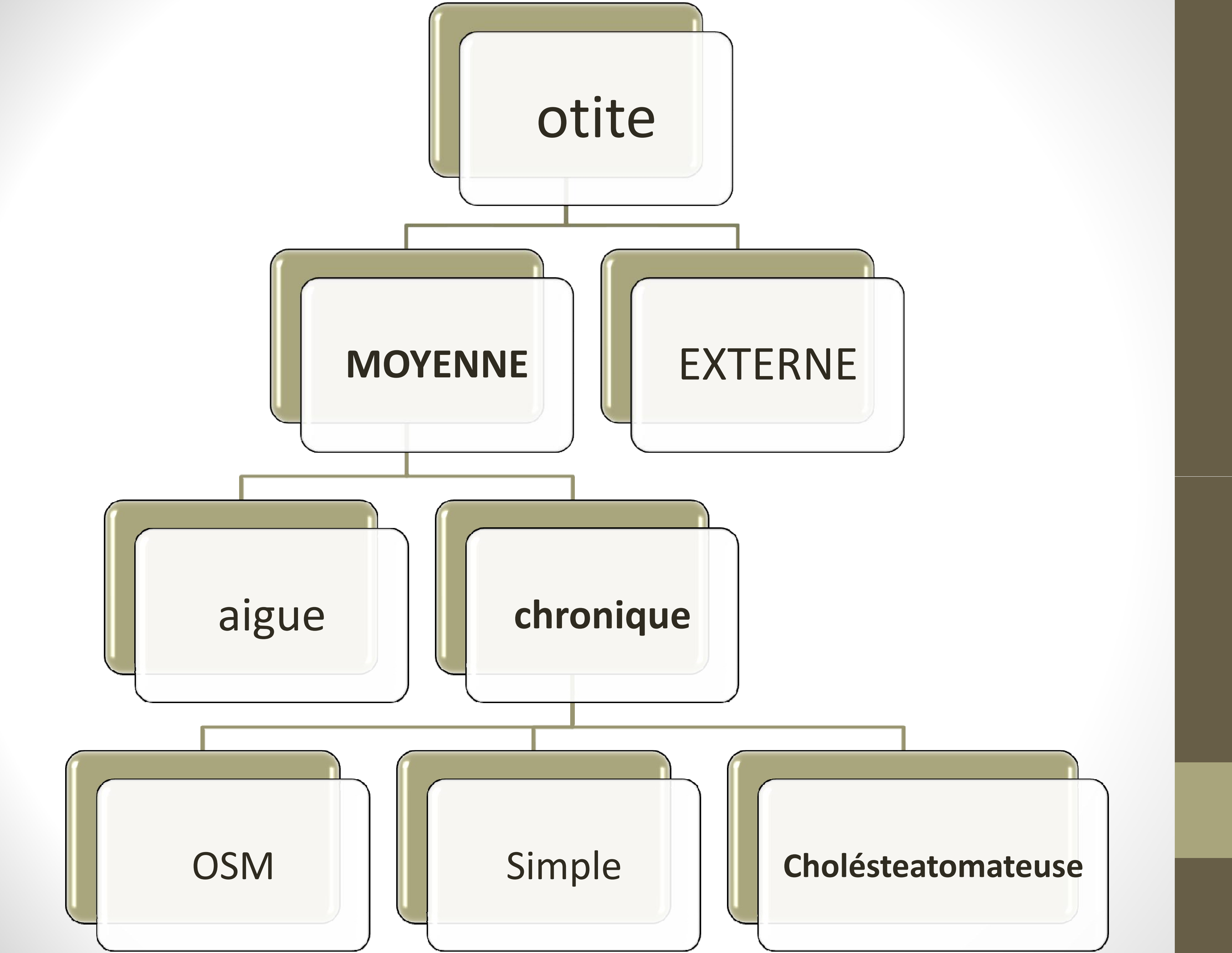
LES OTITES: ASPECTS CLINIQUES ET PRISE EN CHARGE.

Pr L. BEDDAR

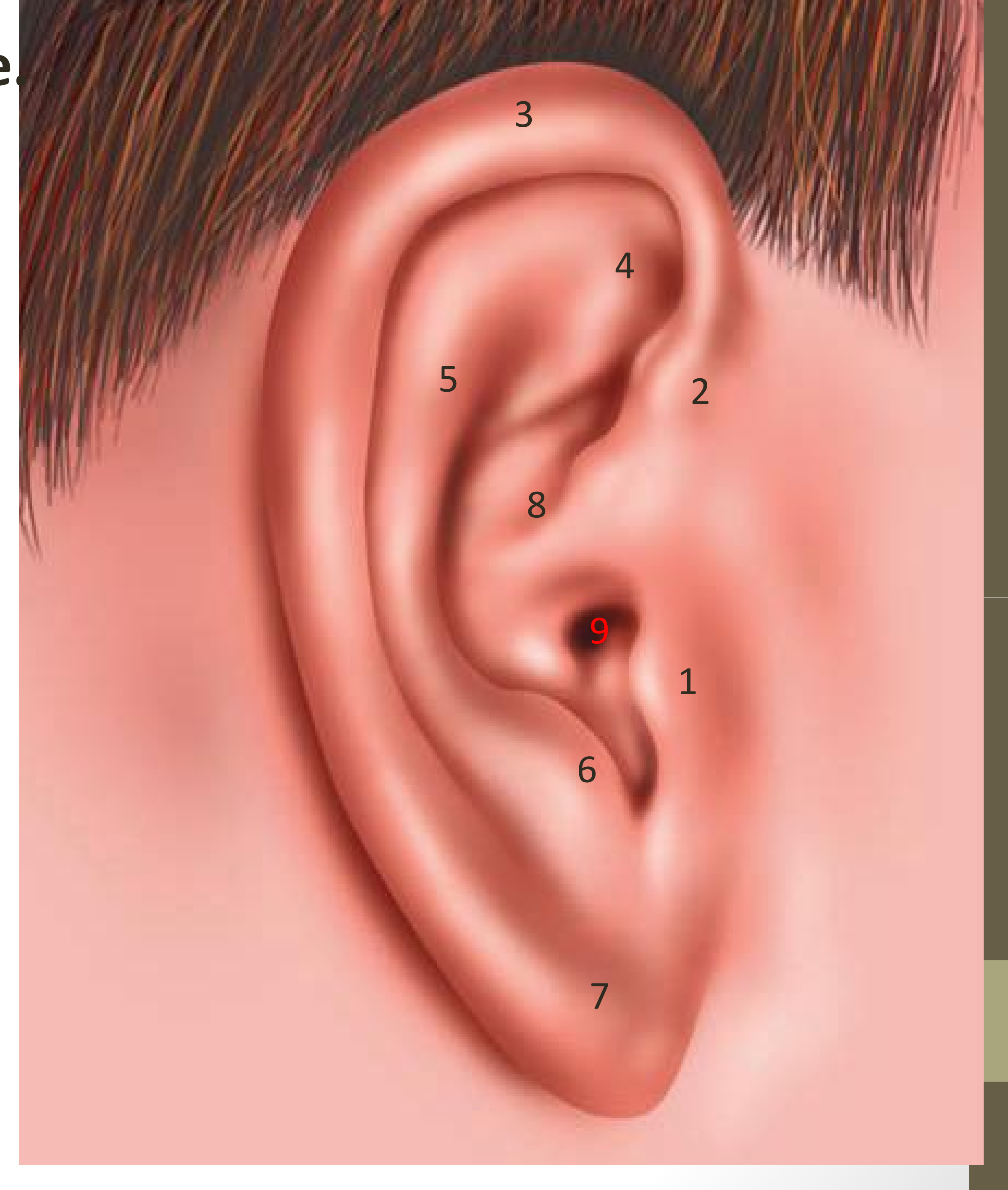
DEFINITION:

- Otite: Inflammation de l’oreille d’origine infectieuse ou autres.
- Pathologie fréquente .
- Selon le compartiment de l’oreille qu’elle affecte on distingue 02 types: otite externe, otite moyenne.
- Selon son mode d’installation et son évolution on distingue: otite aigue, otite chronique.



otite
MOYENNE
EXTERNE
aigue
chronique
OSM
Simple
Cholésteatomateuse

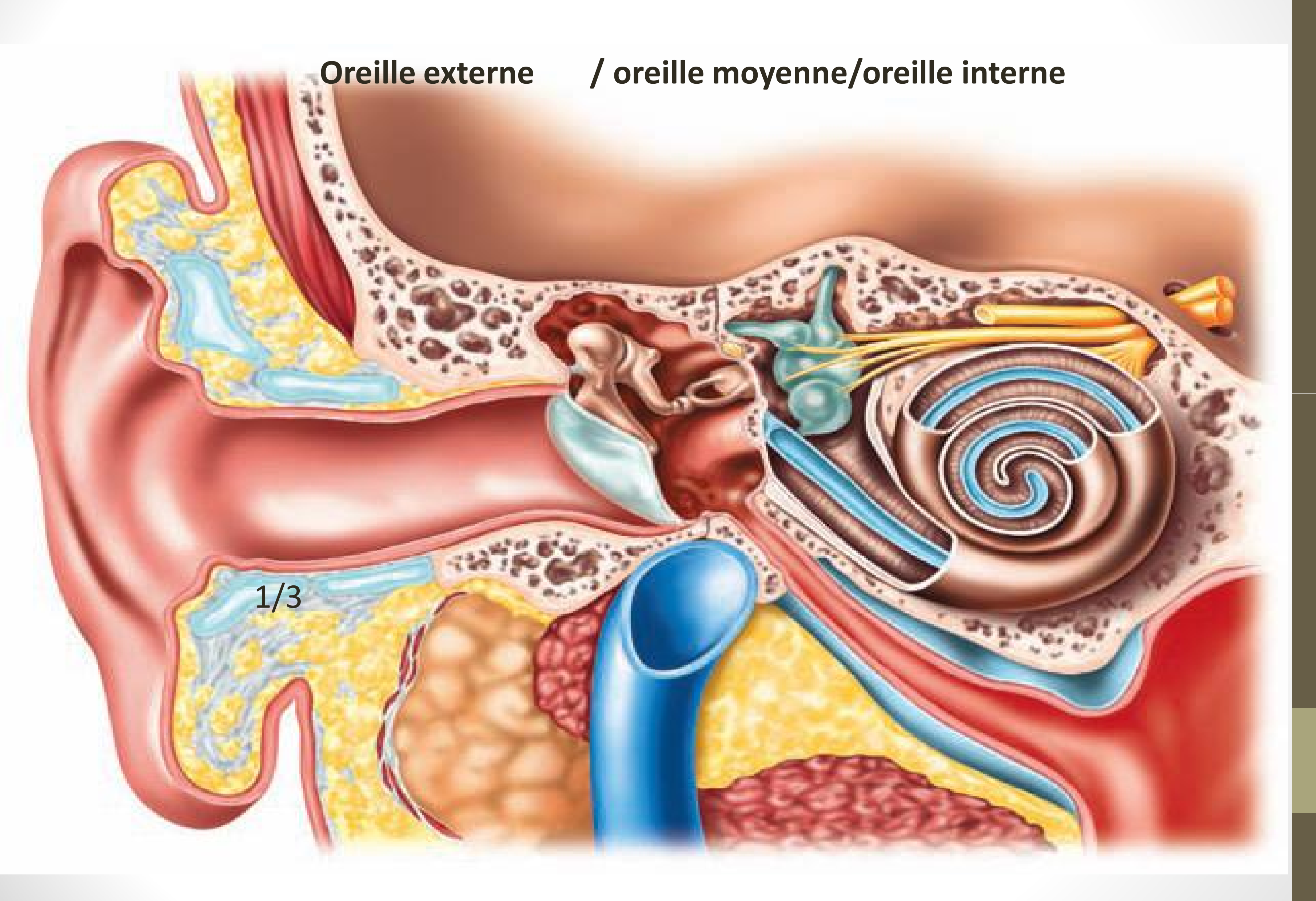
Anatomie de l’oreille.



Pavillon auriculaire.

1. tragus
2. racine de l’hélix
3. hélix
4. racine de l’anthélix
5. anthélix
6. antitragus
7. lobule
8. conque
9. méat acoustique externe

Anatomie de l’oreille.



Otite externe:

- Dermoépidermite de la peau OE d'origine infectieuse elle peut être localisée (furoncle du conduit) ou touche tout le conduit (otite externe généralisée ou diffuse) elle peut être diffusée au pavillon et à la région péri auriculaire

- L'otite externe est une pathologie infectieuse fréquente 20 à 35% des consultations d'urgence (sports aquatiques)

- Germes les plus fréquents : **Staphylocoques, Pseudomonas Aeruginosa**

Otite externe

PHYSIOPATHOLOGIE:

- Malgré le système autonettoyant du CAE (cérumen, duvet, kératinisation latérale), il est mal aéré et la macération y est plus ou moins constante. L'infection torpide y trouvera des conditions idéales sous l'influence d'autres facteurs favorisants :

  - pénétration de l'eau(modification flore).
  - microtraumatismes (lavage d'oreille, coton tige, grattage..)
  - CAE: étroit, bouchon, exostoses, eczéma et autres affections dermatologiques

L'absence de tissu hypodermique empêche la diffusion de l'œdème. Donc, la moindre inflammation du CAE entraîne des douleurs violentes.

OTITE EXTERNE DIFFUSE BACTERIENNE

ETUDE CLINIQUE

A-SIGNES FONCTIONNELS:

- **OTALGIES:** c'est le signe d'appel principal ; lancinante insomniante exacerbée par la mastication, le bâillement; et le moindre attouchement.
- otorrhée purulente
- sensation d'oreille bouchée, hypoacousie, prurit

B-SIGNES PHYSIQUES:

- **DOULEUR** ressentie à la traction du pavillon et la pression du tragus

- L'OTOSCOPIE: douloureuse

  hyperhémie de la peau du CAE à la sténose presque complète du conduit ;le tympan s'il peut être vu est généralement normal parfois un peu congestif

- IL PEUT S'Y ASSOCIER :-une réaction inflammatoire péri auriculaire , des adénopathies locales

OTITE EXTERNE DIFFUSE





Aspects oto-endoscopiques

FORMES CLINIQUES

Otite externe maligne: nécrosante +++

- une ostéomyélite de l'os temporale diffusant aux parties molles , la base du crâne
- **diabétiques** (75 à 95%) ou **immunodéprimés**
- **Pseudomonas aeruginosa** dans 90% des cas.

Cliniquement: elle se manifeste par:

- Otalgie ++
- L'hypoacousie est inconstant et modérée
- La paralysie faciale 20 à 50 % des cas
- L'atteinte (IX,X,XI,XII) 14 à 35% des cas signant l'extension de l'infection à la base du crâne

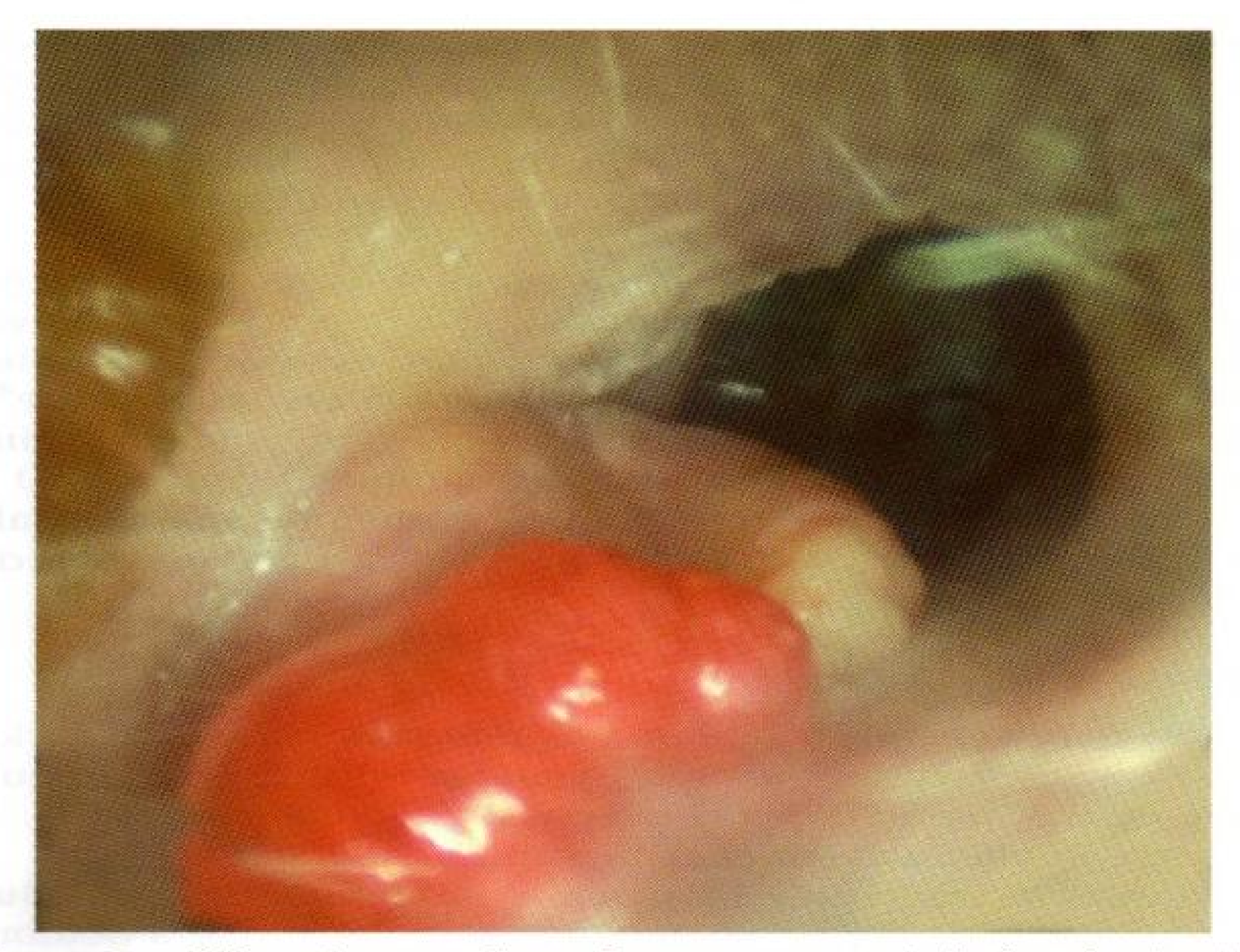


Figure 9. Otite externe maligne. Bourgeonnement situé sur le plancher du conduit auditif chez une femme diabétique dont l'oreille gauche est douloureuse. Ce tableau clinique doit faire évoquer d'emblée le diagnostic.

b) Furoncle du CAE:

- C’est une folliculite aigue profonde due au staphylocoque doré au niveau du tiers externe du CAE

- Débute par une induration douloureuse autour de l’orifice pilaire évoluant vers la nécrose de tous l’appareil pilo-sébacé donnant un bourbillon jaune

- Se manifeste par une otalgie intense calmée par l’ouverture spontanée ou chirurgicale du furoncle



INFECTIONS VIRALES:

Otite externe phlycténulaire =otite grippale

- Dans un contexte grippal
- bulles hématiques au niveau du CAE et parfois au niveau du tympan

Zona auriculaire:

- Eruption vésiculeuse qui répond au territoire sensitif du nerf faciale (zona du ganglion géniculé): conque, tragus, anthélix, partie postérieure et inférieure du CAE, la membrane tympanique, du tympan ainsi que le pavillon.
- Douleur à type de brûlures

Herpes: vésicules regroupées en bouquet

INFECTIONS MYCOSIQUES :

Représentent 10 à 20% des otites externes

Dues à 2 champignon: Candida albicans, Aspergillus Niger

Clinique: prurit, sensation de cuisson et d'irritation, hypoacousie, l'otorrhée est rare et inodore.

- A l'otoscopie: des formations fongiques filamenteuses de différentes couleur : neigeuse pour candida albicans et charbonneuses pour Aspergillus niger

Zona auriculaire







Otomycose

INFECTIONS DU PAVILLON:



1. INFECTIONS BACTERIENNES:

- **a) Perichondrite du pavillon**
- **b) Érysipèle de la région auriculaire**
- **c) Impétigo**
- **d) Syphilis**

2. INFECTIONS VIRALES:

Herpes de l'oreille ; Zona auriculaire.

3. Autres:

mycosique (Dermatophyties), parasitaires (Leishmaniose)…

TRAITEMENT

a) Otite externe diffuse:

- Antibiotiques/corticoides locaux 5 à 6 gouttes 2 fois par jour, (pop ear) une semaine
- Aspiration des secrétions
- Antibiotiques par voie générale en cas de complication, immunodépression.

b) Otite externe maligne:

- Hospitalisation
- Antibiothérapie parentérale
- Traitement local: avec nettoyage:, calibrage; débridement du CAE
- Contrôle du diabète
- Oxygénothérapie hyperbare

c) Furoncle du conduit:

- Ablation du bourbillon à maturité + des antibiotiques locaux à type de fucidine

d) Périchondrite:

- antibiothérapie: C3G, anti staphylocoque
- incision +excision du cartilage nécrosé

e) Otomycose:

- Les imidazoles: Econazole ketoconazole
- La durée du traitement est d'au moins 2 à 3 semaines

Otites moyennes aigue:

***Définition**: inflammation aigue des cavités de l’oreille moyenne (caisse du tympan et cavités mastoïdiennes).*

***Epidemiologie**:*

AGE: touche essentiellement l’enfant moins 6ans avec un min 6-24mois

SEXE: plus fréquente chez le garçon 50-70%

SAISON: plus fréquente pendant la saison automno-hivernale

ETHNIE: se voit plus dans la race blanche.

Facteurs favorisants:

- La crèche (+++)
- Tabagisme parental
- Facteur génétique: trisomie 21, fente vélaire et vélo palatine.
- Faible statut socio-économique familial
- Succion prolongée d’une tétine.
- Hypertrophie des végétations.
- Infections virales respiratoires.
- Allergie, RGO, carence martiale

Bactériologie: Haemophilus influenza, streptococcus pneumonieae

OMA DU NOURRISSON

CLINIQUE :

<u>SIGNES SPECIFIQUES</u>

- **Otalgie**: se traduit par des pleurs incessants et l'enfant tend sa main vers l'oreille ou la frotte contre le drap.
- **Otorrhée purulente**: au stade de perforation, son apparition entraîne la sédation de la douleur et la défervescence.

<u>SIGNES NON SPECIFIQUES</u>

- **Fièvre:** 39-40 parfois absente quand l'écoulement a eu lieu
- **Trouble du sommeil et du comportement** en rapport avec l'otalgie
- **Trouble digestif:** nausées, vomissement, diarrhées.

<u>INSPECTION ET PALPATION</u>

Des deux oreilles, recherche un foyer inflammatoire: Empâtement de la mastoïde, un comblement du sillon retro-auriculaire **(signe de Jack),** tuméfaction du pavillon ou un écoulement visible a travers le conduit auditif externe.

L’OTOSCOPIE:

- **Stade congestif**: tympan rosé avec dilatation des vaisseaux du manche de marteau.
- **Stade otite collectée**: tympan épaissi bombé, couleur rouge vif, les reliefs et le triangle lumineux disparaissent
- **Stade otite perforée**: perforation punctiforme au sommet d’une voussure localisé au quadrant postéro-inferieur.

L’ examen de l’oreille controlatérale est systématique: 40% bilatérales.

EXAMEN ORL COMPLET: souvent on a une rhinopharyngite associée.

PARACENTESE: la mise en évidence de l’épanchement purulent confirme le diagnostic.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES : Ne sont pas utiles,

le diagnostic de l’OMA est clinique.

2- Examen clinique:

* Congestion du conduit auditif

* Tympan : 3 stades habituellement décrits:

- Otite au stade congestif
- Otite au stade collecté
- Otite au stade perforé





TRT OMA

- Antibiothérapie+++
- Antalgiques antipyrétique
- Désinfection rhinopharyngée++
- Contrôle otoscopique 48-72 h est systématique.

PARACENTESE: but bactériologique et thérapeutique

- OMA hyperalgique ou compliquée
- Echec au traitement
- immunodéprimé
- Age inferieur à 3mois.

***EVOLUTION*:**

Sous traitement bien conduit, l'OMA guérit sans séquelles.

- La fièvre et l'otalgie disparaissent en **48h,** sinon réévaluer cliniquement le patient.
- Prévoir un examen de contrôle en fin de traitement pour vérifier le retour à la normale du tympan. Il peut cependant persister un épanchement rétro tympanique aseptique qui régresse en quinze jours à un mois, et ne présente pas de valeur pathologique.

Complications

- PFP,
- mastoïdite,
- labyrinthite,
- Complications endocrâniennes
- Otites récidivantes(facteurs favorisants)
- Complications générales: DH2O aigue, Convulsions hyperthermique.

SEQUELLES:

- OSM complication fréquente, qui peut faire le lit des otites récidivantes mais également évolution possible vers (PR et Cholestéatome).
- Perforation tympanique séquellaire

Otites moyennes chroniques:

L’otite moyenne chronique (OMC) est une inflammation de la muqueuse de l’oreille moyenne, c’est-à-dire de la caisse du tympan, des cavités annexes et de la trompe auditive, prolongée au-delà de 3 mois, et s’accompagnant :

- soit d’effusion derrière une membrane tympanique intacte mais sans symptômes aigus.
- soit d’otorrhée s’écoulant à travers une perforation tympanique

OTITE SERO-MUQUEUSE (OSM):

1- Définition:

- Epanchement non infectieux retro-tympanique > 3 mois, en l'absence de signes inflammatoires aigus et derrière une membrane tympanique non perforée.
- enfant 2-4 ans.
- OSM unilatérale chez l'adulte => rechercher une tumeur du cavum.

2- PHYSIOPATHOLOGIE:

- Inflammation chronique secondaire à une infection virale ou bactérienne des voies respiratoires supérieures

  Altération du fonctionnement muco-ciliaire et métaplasie mucipare

- Dysfonctionnement de la trompe auditive : blocage -> dépression caisse -> rétraction tympan -> transudation au travers des capillaires de la muqueuse.

3- DIAGNOSTIC

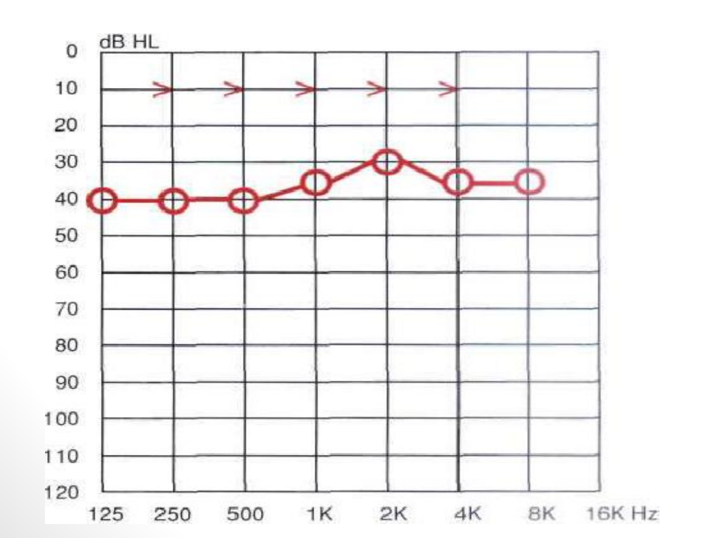
- Il faut préciser :
  - âge : préscolaire
  - saison : oct-mars
  - nature de l’infection initiale des voies aériennes sup et passé infectieux
  - environnement : mode de garde, crèche, tabagisme passif, prématurité, conditions socio-économiques
  - notion d’atopie personnelle ou familiale
  - carence martiale

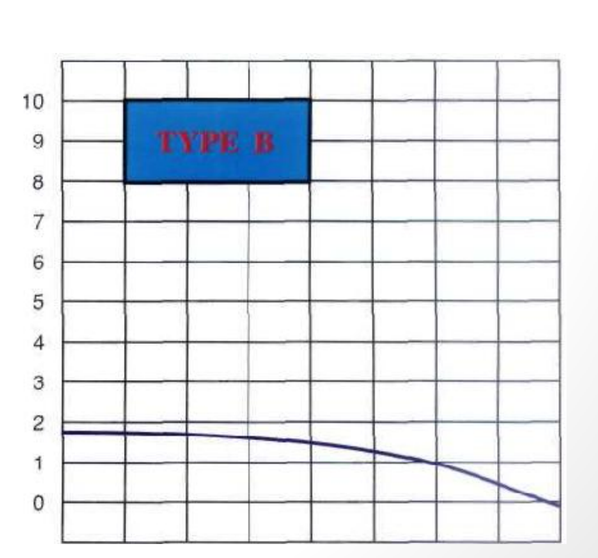
- Circonstances de découverte :
  - **hypoacousie**
  - Sensation de plénitude d’oreille
  - troubles du comportement ou du langage
  - otalgies (tension auriculaire)
  - Symptomatologie rhino-pharyngée
  - Asymptomatique.

- Otoscopie: différents aspects peuvent être retrouvés:
  - Tympan épaissi dépoli rétracté
  - Niveau liquidien et/ou bulles d'air rétrotympanique
  - Tympan bombé avec effacement des reliefs.
  - Tympan bleuté.
- Une fibroscopie du cavum : VG adénoides => enfant

  Tm cavum => adulte

- Audiogramme: surdité de transmission.
- Impédencemetrie: courbe plate, reflexes stapédiens négatifs.

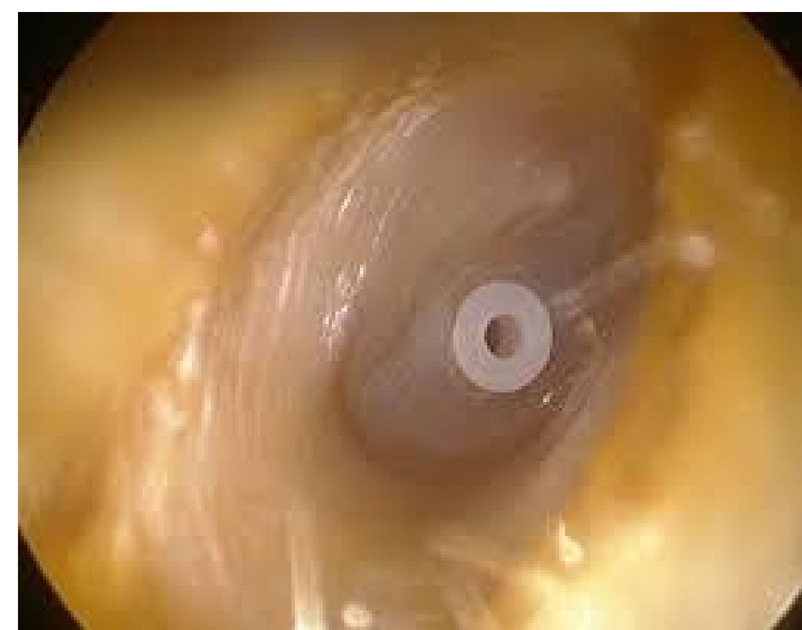





© www.orl-marseille.com

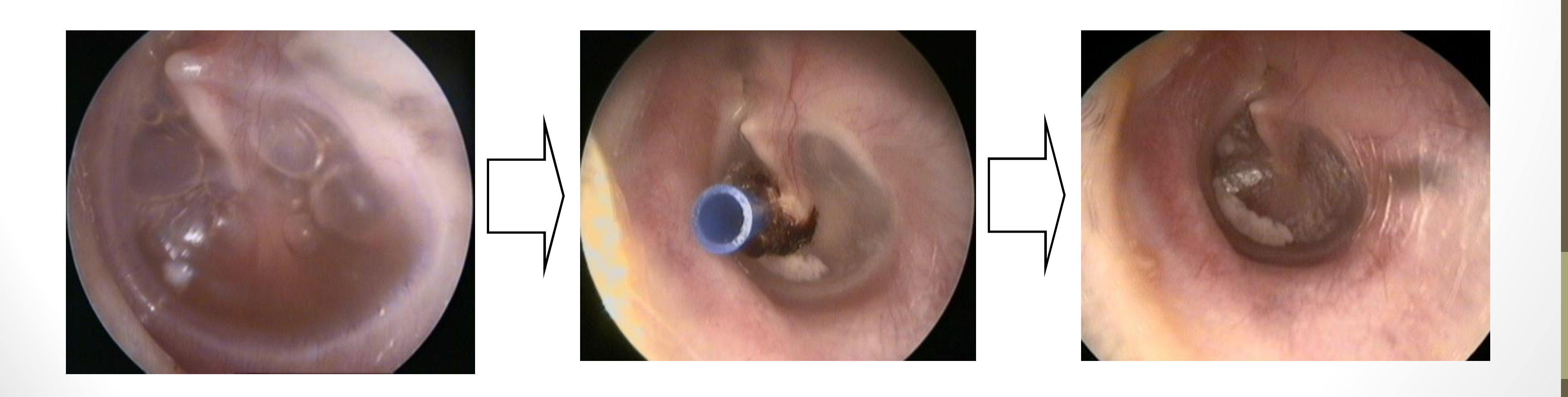

Otite séreuse
Disparition du triangle lumineux
Tympan mat et dépoli





<u>4- Traitement:</u>

- **Désobstruction rhinopharyngée au sérum physiologique**
- CTC + antibiotique pendant 5jours
- Drain transtympanique si:
    - Surdité de transmission bilatérale > 25Db (3m)
    - Complication : poche de rétraction , OMA répétées
    - Echec du traitement médical
- Adénoïdectomie si hypertrophie des VG



OTITE MOYENNE CHRONIQUE SIMPLE:

Cette entité représente la forme la + caractéristique d'OMC car elle constitue une Inflammation chronique de la muqueuse de l'OM avec **otorrhée** au travers **d'une perforation tympanique**. Elle réalise l'extension et/ou l'équivalent auriculaire des rhinosinusites chroniques.

1- SIGNES FONCTIONNELS : «Oreille humide»

- **Otorrhée** minime, filante, inodore, mais permanente agaçant le patient

Episodes de réchauffement (inflammation aigue de la sphère rhino sinusienne , baignade)

- Surdité d'importance variable, souvent négligée.



2- L'OTOSCOPIE :

6 types de perforation: **non marginale**

- Ovalaire antéro-inferieure
- Juxta ombilicale
- Sous ligamentaire post
- Juxta martellaire
- Totale ou sub totale
- Réniforme para centrale

La muqueuse apparaît œdémateuse,

Les osselets sont en règle normaux

Manœuvre de Valsalva, sans oublier d'examiner l'oreille opposée.

3-EXAMEN ORL COMPLET ET SOMATIQUE: On recherchera :

- Foyer infectieux rhinopharyngé récidivant, sinusite, allergie naso-sinusienne, processus cavaire…
- Signes de complication : mastoïdite, PFP, Σd vestibulaire périphérique, fièvre, Σd méningé…

4-EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

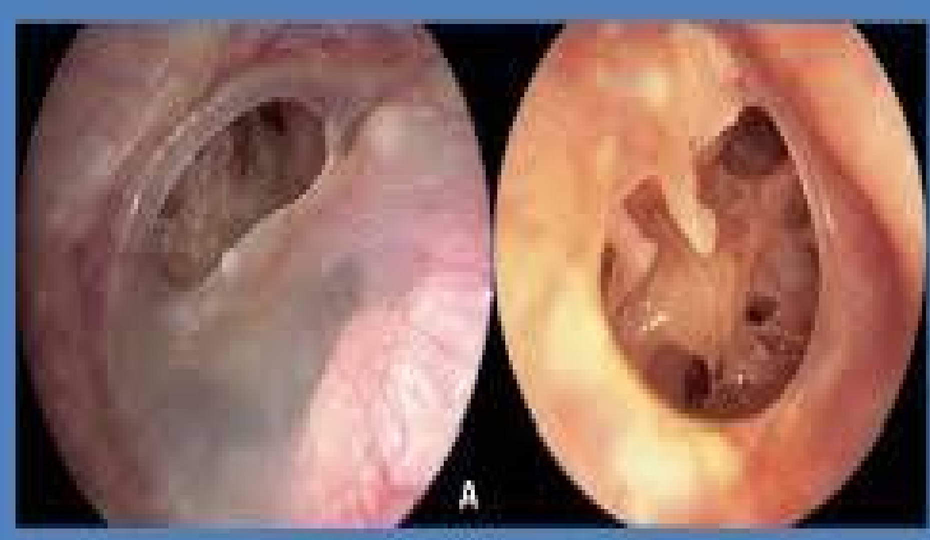
- Etude bactériologique et antibiogramme
- Audiométrie: ST

4-TRAITEMENT

- Antibiotiques , corticoïdes en cures discontinues.
- soins locaux: micro aspirations répétées
- Tout épisode infectieux de la sphère ORL doit être traité .
- Ce n'est que sur une oreille asséchée durant quelques mois (oreille séquellaire) que peut éventuellement s'envisager un acte chirurgical fonctionnel **tympanoplastie.**

-





Otite séquellaire simple sans tympanosclérose.

la perforation tympanique non marginale,
le reste de pars tensa très pellucide par
disparition de la couche moyenne conjonctive.

La muqueuse de la caisse est normale

OMC choléstéatomateuse

L'OMC choléstéatomateuse est caractérisée par la présence dans les cavités de l'oreille moyenne d'un épithélium malpighien kératinisé doué d'un potentiel **de migration** et **d'érosion** et **de récidive** (peau a la mauvaise place)**.**

Son traitement est chirurgical: exérèse totale des lésions.

ÉPIDEMIOLOGIE:

- Fréquence 30% des OMC chez l'enfant de 6-12 ans et 60-70% chez l'adulte.
- Age plus fréquent chez l'adulte 79%
- Bilatéralité dans 40% ; Autre processus 80%
- Sexe il y aurait une prédominance masculine
- Incidence familiale ATCD familiaux otitique fréquemment retrouvés

Physiopathologie:

- OMC à tympan fermé => poche de rétraction => perforation tympanique => OMC choléstéatomateuse.
- Cholestéatome congénital : rare , tympan normal







CLINIQUE:

SF:

- Otorrhée : signe le plus fréquent, persistante faite de pus épais, fétide et d'abondance variable, débris épidermique
- Hypoacousie d'importance variable
- Signes de réchauffement : (otorrhée abondante rebelle au TRT, otalgie, otorragie, céphalée, vertige)

Le Cholestéatome peut être de découverte fortuite :

- lors d'un examen systématique
- au décours de complications :PF, méningite, labyrinthite, abcès endocrânien
- découverte en peropératoire (Cholestéatome a tympan fermé)

<u>EXAMEN PHYSIQUE:</u>

L’otoscopie : pose le diagnostic:

- Perforation tympanique **marginale** postéro-supérieure
- Débris blanchâtres (squames épidermiques)
- Parfois un **polype** rouge et charnu inséré dans la région atticale
- **Croutelle brunâtre atticale** masquant une vaste destruction de la membrane de shrapnell intéressant éventuellement le mur de la logette laissant paraître le magma central du cholestéatome sous forme d’une masse blanchâtre nacrée mais parfois diffus prenant l’aspect d’une véritable gueule de four.

- ❑ oreille controlatérale (Cholestéatome bilatérale , PDR)
- ❑ Recherche de complications :
  - ✓ - PF
  - ✓ - Fistule labyrinthique

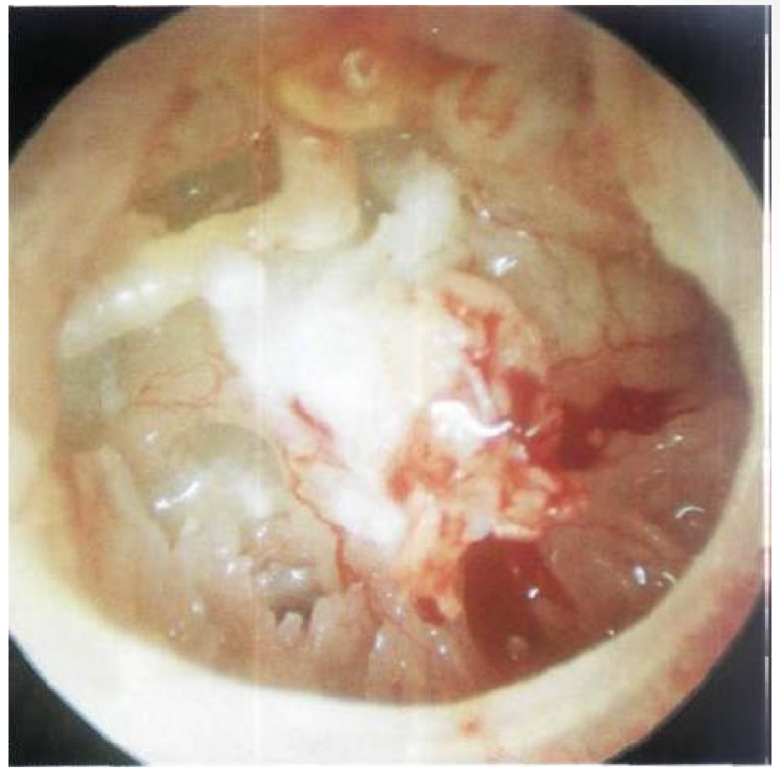
Right ear: Epitympanic erosion with cholesteatoma.





L’aspect d’une véritable gueule de four





- Left ear. Epitympanic erosion occupied by a cholesteatomatous mass that protrudes into the external auditory canal.

Total tympanic perforation with cholesteatoma covering stapes

Examens complémentaires:

- Le scanner : pour faire un bilan d’extension des lésions et permet de déceler des complications latentes ,prés chirurgie
- Bilan audiométrique

A-COMPLICATIONS MINEURES: fréquentes, révélatrices

- LA POUSSEE DE RECHAUFFEMENT
- LES ALGIES: céphalées occipito-mastoïdiennes
- L'OTORRAGIE
- DE PETITS SIGNES DE SOUFFRANCE LABYRINTHIQUE

B-COMPLICATIONS LATENTES: Souvent de découverte per opératoire

- LA MASTOÏDITE CHRONIQUE:
- LA FISTULE ASYMPTOMATIQUE DU CANAL SEMI-CIRCULAIRE EXTERNE.
- LA DENUDATION DE LA PORTION HORIZONTALE DU FACIAL est fréquente.
- PLUS RAREMENT, la dénudation de la méninge, du sinus latéral, plus rare du canal carotidien.

C-COMPLICATIONS MAJEURES:

COMPLICATIONS OTOLOGIQUES:

- la fistule labyrinthique:
- la PF est la seconde complication par ordre de fréquence,
- l’extériorisation du Cholestéatome.
- l'atteinte labyrinthique.

PETROSITE ET OSTEOMYELITE DU TEMPORAL.

THROMBOPHLEBITE: est généralement limitée au sinus latéral ou au sinus transverse.

COMPLICATIONS ENCEPHALO-MENINGEES: méningite , l'abcès :du lobe temporal, cérébelleux

D-RECIDIVE DE CHOLESTEATOME OPERE

OMCC

<u>TRAITEMENT</u>: *Chirurgical*

- Tympanoplastie en technique ouverte ou fermée
- L'exérèse totale du Cholestéatome: éradiquer la totalité de l'épiderme des cavités de l'oreille moyenne.
- cure d'une fistule labyrinthique
- La préservation ou le rétablissement de l'audition.
- fermeture et renforcement du tympan.

<u>SURVEILANCE:</u>

- Prolongée otoscopique++ ,audiométrique et ou radiologique
- récidive, résiduel.

MERCI